FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — N° —

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mardi 16 juillet 1907 à 1 heure*

Par **L. SANSON**

Ancien interne des Hôpitaux du Havre

# TRAITEMENT DE LA DACRYOCYSTITE CHRONIQUE PAR L'EXTIRPATION DU SAC LACRYMAL

*Président :* M. DE LAPERSONNE, *professeur.*

*Juges :* MM. POZZI, *professeur.*
LANGLOIS et MARION, *agrégés.*

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

39

36692

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. DEBOVE. |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | N... |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | GARIEL. |
| Chimie organique et chimie minérale | GAUTIER. |
| Parasitologie. Histoire naturelle médicale | BLANCHARD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD. |
| Pathologie médicale | HUTINEL.<br>BRISSAUD. |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | CORNIL. |
| Histologie | N.... |
| Opérations et appareils | SEGOND |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET. |
| Thérapeutique | GILBERT |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | DEJERINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER. |
| Clinique médicale | HAYEM.<br>DIEULAFOY<br>DEBOVE.<br>LANDOUZY. |
| Maladies des enfants | GRANCHER. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND. |
| Clinique chirurgicale | LE DENTU.<br>TERRIER.<br>BERGER.<br>RECLUS. |
| Clinique opthalmologique | De LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN. |
| Clinique d'accouchements | N.....<br>PINARD. |
| Clinique gynécologique | POZZI. |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON. |
| Clinique thérapeutique | A. ROBIN. |

## Agrégés en exercice.

| MM. | | | |
|---|---|---|---|
| AUVRAY | DUPRÉ | LEPAGE | RIEFFEL (che des trav. anat |
| BALTHAZARD | DUVAL | MACAIGNE | TEISSIER |
| BRANCA | FAURE | MAILLARD | THIROLOIX |
| BEZANÇON | GOSSET | MARION | VAQUEZ |
| BRINDEAU | GOUGET | MAUCLAIRE | WALLICH |
| BROCA (André) | JEANSELME | MERY | |
| CARNOT | LABBE | MORESTIN | |
| CLAUDE | LANGLOIS | POTOCKI | |
| CUNEO | LAUNOIS | PROUST | |
| DEMELIN | LEGRY | RENON | |
| DESGREZ | LEGUEU | RICHAUD | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

# AVANT-PROPOS

Au cours de nos études médicales, et particulièrement pendant notre externat de 1904-1905 dans le service de M. le professeur Assicot, il nous a été donné d'observer plusieurs cas de dacryocystes.

Nous avons vu l'insuccès fréquent des méthodes dites conservatrices, dans le traitement de ces affections.

A côté de cela, nous avons admiré les merveilleux résultats et les précieux avantages de l'ablation du sac lacrymal.

Aussi l'idée nous est-elle venue de recueillir les observations de plusieurs opérés, et de faire du traitement de la dacryocyste chronique par l'extirpation du sac lacrymal, le sujet de notre thèse.

Notre but en entreprenant ce travail, est de montrer les avantages de cette précieuse méthode, employée déjà par un grand nombre d'ophthalmologistes.

Avant de commencer ce travail, qu'il nous soit

permis d'adresser l'hommage de notre profonde reconnaissance à nos maîtres de l'école de Rennes MM. les professeurs Bertheux et Dayot qui nous ont donné les premières leçons de clinique médicale et chirurgicale. M. le professeur Le Moniet qui, pendant notre externat de 1903-04, nous a montré une bienveillance et un intérêt, dont nous tenons à lui témoigner, ici, notre plus vive reconnaissance.

M. le professeur Bruté de Rémur dont nous avons été l'externe pendant l'année 1904-1905.

Que M. le professeur Assicot, à qui nous devons l'idée première de notre thèse et dont nous n'oublierons jamais les marques nombreuses de sympathie, veuille bien agréer, en même temps que nos sincères remerciements, l'assurance de notre plus vive gratitude.

Nous adressons enfin l'hommage de notre reconnaissance à M. le professeur De Lapersonne, qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

# INTRODUCTION

Pendant longtemps les dacryocystites chroniques ont fait le désespoir des ophtalmologistes.

En effet, toutes les méthodes conservatrices employées ne donnaient que des guérisons imparfaites après un traitement dont la longue durée décourageait souvent les malades. Aussi, en 1854, Desmarres écrivait: « Je laisse aux jeunes chirurgiens, les guérisons complètes et durables, car personne ne niera que l'insuccès soit la règle. » Il ajoutait: « Dans les hydropisies du sac (mucocèle), dans les cas de tumeurs et de fistules lacrymales, traitées plusieurs mois sans résultats, ou bien avec un résultat provisoire, qui ne se maintient pas, dans les cas de rétrécissements organiques du sac, dans ceux où le sac a subi une perte de substance irréparable, dans les obstructions complètes du canal, dans les caries des os, quelle conduite tiendra-t-on. C'est à tous ces cas que l'occlusion est applicable. »

Cette occlusion peut être obtenue soit par la cautérisation chimique ou thermique du sac, soit par son ablation. Pourquoi donc n'a-t-on pas pratiqué plus tôt l'ablation du sac lacrymal ?

C'est d'abord parce qu'on ne connaissait pas, ou que l'on connaissait mal l'anatomie et la physiologie des voies lacrymales, dont on traitait cependant les affections.

C'est ensuite, du temps de Desmarres, où l'anatomie et la physiologie des voies lacrymales étaient connues, parce que l'on ignorait les méthodes d'asepsie et d'antisepsie et que l'on craignait l'infection qui suivait presque toujours les interventions chirurgicales.

Depuis les études de Rochon-Duvigneaud sur l'anatomie et la pathologie des voies lacrymales chez l'adulte et le nouveau-né ;

Depuis les communications de Tartuferi sur l'anatomie pathologique des dacryocystites catarrhales et purulentes chroniques ;

Depuis l'étude des voies lacrymales et du traitement de leurs affections par Rochon-Duvigneaud et le professeur De Lapersonne, le traitement des dacryocystites par l'extirpation du sac lacrymal, est de plus en plus employé par les ophtalmologistes.

Pour nous, et en cela nous ne faisons naturellement que nous ranger modestement à l'avis des ophtalmologistes distingués, nous pensons que la méthode la plus rationnelle, la plus parfaite d'après ses résultats, est la méthode d'extirpation du sac lacrymal.

Nous avons divisé notre travail de la façon suivante :

I. — Historique.

II. — Anatomie et physiologie normales du sac lacrymal.

III. — Anatomie pathologique de la dacryocystite chronique et de la péricystite. Bactériologie. Symptômes.

IV. — Indications de l'extirpation du sac lacrymal. Technique.

V. — Observations.

VI. — Résultats éloignés de l'extirpation du sac dans le traitement des dacryocystites.

VII. — Conclusions.

# CHAPITRE PREMIER

## HISTORIQUE

Depuis l'antiquité les inflammations des voies lacrymales, et en particulier les dacryocystites, ou inflammations du sac lacrymal ont attiré l'attention des médecins et chirurgiens.

Mais pendant plus de dix-huit siècles l'anatomie exacte et la physiologie, à plus forte raison l'histologie et l'anatomie pathologique de ces organes, ont été ignorées. De là les traitements les plus variés et contradictoires.

Jusqu'à Anel, on considérait la tumeur lacrymale comme un kyste muqueux du grand angle de l'œil. On lui donnait le nom d'anchilops. Ce kyste pouvait dégénérer en apostème ou abcès qui par suppuration amenait une fistule lacrymale et prenait le nom d'œchilops.

D'après Albucasis, auteur arabe, la cause du larmoiement chronique était dans les veines et les artè-

res qui se montrent à l'extérieur de la tête. Il en concluait que cette affection était due à des humeurs froides épaisses et pituitaires.

Rabelais dans son langage imagé racontait que les larmes provenaient du cerveau.

Ambroise Paré (1517-1590), croyait que les larmes étaient des excréments du cerveau et que la glande lacrymale était faite pour défendre les yeux contre ces excréments.

Mercurialis et Fallope étaient aussi du même avis.

C'est seulement au XVIe siècle en 1574, que Carcanus de Milan, élève de Fallope, donna le premier une assez bonne description des voies lacrymales.

Au commencement du XVIIe siècle, l'opinion régnante était encore que les larmes venaient du cerveau.

Marchettis, en 1682, donna une bonne description des voies lacrymales.

En 1662, Sténon démontra que les larmes se formaient dans la glande lacrymale qui les sépare du sang.

Au XVIIIe siècle seulement, avec J.-L. Petit, on a des notions plus exactes sur l'anatomie et les affections des voies lacrymales.

Pour lui ces affections sont causées par une obstruction des voies lacrymales.

Nous verrons au chapitre du traitement, à quelles conclusions l'amenait cette opinion.

Cependant, Jean-Louis Petit se fait une fausse idée du mécanisme de l'excrétion des larmes.

Il compare en effet l'appareil lacrymal à un appa-

reil hydraulique fonctionnant au moyen d'un siphon.

Cette théorie a prévalu pendant tout le XVIII^e siècle. Il faut arriver au XIX^e siècle pour avoir des notions exactes sur les voies lacrymales à tous les points de vue que nous avons énumérés au commencement de ce chapitre.

Dans le chapitre suivant nous donnons un résumé de l'anatomie et de la physiologie du sac lacrymal, telles qu'elles sont décrites par les auteurs les plus compétents.

## CHAPITRE II

## ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU SAC LACRYMAL

### A. — ANATOMIE

Nous avons emprunté aux meilleurs traités d'anatomie, Sappey, Testut, et surtout Tillaux qui a consacré un chapitre spécial au sac lacrymal, la description dont nous donnons ici un résumé.

Nous nous sommes également inspiré des recherches de Rochon-Duvigneaud qui a étudié une série de coupes transversales et longitudinales montrant l'état des voies lacrymales chez les nouveau-nés et les adultes.

On nous permettra de donner un résumé de quelques-unes de ses observations, en ce qui concerne le sac lacrymal.

Dans une première figure, M. Rochon-Duvigneaud présente une coupe passant au-dessous du ligament palpébral interne. La muqueuse du sac est très simple, dépourvue de glandes, son épithélium est cylin-

drique. La paroi antérieure du sac est recouverte par une lame fibreuse, expansion du ligament palpébral par des fibres descendantes de l'orbiculaire et la peau.

La paroi postérieure est séparée des deux os qui forment la gouttière lacrymale, par une couche fibreuse épaisse, toujours riche en vaisseaux volumineux, de nature principalement veineuse. C'est là un prolongement de la gaine vasculaire si riche, qui entoure le canal nasal dans toute sa portion osseuse. »

La deuxième figure représente des coupes longitudinales passant par le sac et le canal lacrymal de fœtus et nouveau-nés.

Dans ces cas le sac et le canal sont légèrement dilatés, ce qui est dû à l'imperforation habituelle de l'orifice inférieur, qui ne permet pas l'élimination des produits et déchets de la sécrétion de l'épithélium.

Dans la figure 4, le sac compris entre son cul-de-sac terminal et le rebord osseux, présente la forme aplatie latéralement qui est normale chez l'adulte.

Figure 5. Le sac présente sa forme normale aplatie résultant de ce que sa paroi externe mobile, est douée d'une certaine élasticité qui la rétracte contre la paroi interne fixe. La valvule supérieure du sac est représentée ici comme dans presque tous les cas.

Dans les figures suivantes l'auteur décrit surtout la forme et les dimensions du canal nasal.

Dans les *Annales d'oculistique* de 1905, nous trouvons une communication de M. Vernke sur l'anatomie du sac lacrymal et en particulier de ses glandes.

Sur dix-sept sacs pathologiques examinés, l'auteur n'a jamais trouvé de glandes vraies.

Sur quatorze sacs en apparences normaux, il en a trouvé dans huit qui paraissaient plus sains que les autres.

C'étaient des glandes tubulées de 3 à 15 millimètres de long, nettement séparées du tissu conjonctif par une membrane rappelant les autres glandes muqueuses. Les procédés de coloration dévoilaient dans ces glandes la présence de mucus et de croissants de Giannuzzi.

Elles se trouvaient sur la paroi antérieure et interne du sac, près du sommet.

D'après M. Wernke, le sac lacrymal contient les glandes suivantes :

« *a*). — Des glandes muqueuses, tubuleuses, composées, bien délimitées, dont les conduits excréteurs sont juxtaposés.

*b*) Des petites glandes muqueuses, tubuleuses composées, avec conduits excréteurs rares ;

*c*) Des glandes tubuleuses simples dans la muqueuse ;

*d*) Des enfoncements rappelant les glandes dues à des processus pathologiques.

Maintenant que nous avons vu la forme du sac lacrymal et les glandes que l'on a rencontrées à la surface de sa muqueuse, il nous reste à dire quelques mots de ses dimensions et de ses rapports.

Le sac lacrymal peut être considéré comme un réservoir membraneux cylindrique.

Presque vertical, il oblique un peu de haut en bas, d'avant en arrière et de dedans en dehors.

Sa hauteur mesure de 12 à 15 millimètres ; son diamètre antéro-postérieur présente de 6 à 7 millimètres ; le diamètre transversal atteint 4 ou 5 millimètres.

Il est situé sur le côté interne de la base de l'orbite.

Son extrémité supérieure, disposée en cul-de-sac, forme le fond du sac.

Par son extrémité inférieure, il se continue directement avec le canal nasal, sans aucune ligne de démarcation visible à l'œil nu.

Sa face antérieure est en rapport direct avec le muscle orbiculaire, tendon direct et faisceaux d'origine

De la profondeur à la surface viennent ensuite, formant plusieurs plans, d'abord une couche presque toujours très mince de tissu, puis la peau de la commissure interne des paupières.

Ce défaut de soutien de la partie inférieure du sac lui permet de se distendre au gré des diverses influences qu'elle subit.

Par sa face postérieure, le sac répond au tendon réfléchi de l'orbiculaire doublé du muscle de Horner.

Au-dessus et au-dessous du tendon réfléchi du muscle de Horner, le sac est en rapport avec le septum orbitale qui est traversé par les vaisseaux et nerfs lacrymaux.

Le septum orbitale sépare ainsi le sac lacrymal, le muscle de Horner et une partie des voies lacrymales, des organes contenus dans l'orbite.

La face externe du sac correspond à l'espace compris entre le tendon direct et réfléchi de l'orbiculaire des paupières.

C'est à ce niveau, comme nous l'avons dit plus haut, que le sac se continue avec les conduits lacrymaux.

A la partie inférieure de cette face se trouve le muscle petit oblique qui lui envoie quelquefois plusieurs faisceaux d'insertion.

La face interne située dans la gouttière lacrymonasale correspond à l'unguis et à la branche montante du maxillaire.

A ce niveau, le sac n'est séparé du périoste que par une couche plus ou moins dense de tissu conjonctif.

A l'intérieur, le sac lacrymal présente une coloration rougeâtre ou rosée.

A sa surface, on voit de nombreux replis muqueux de direction et de formes variables.

Il est innervé par deux branches du nerf ophthalmique : la palpébrale inférieure et la nasale.

De simples veinules parcourent le sac lacrymal, elles communiquent avec celles du canal nasal qui font partie en bas du réseau de la pituitaire et en haut du réseau de l'ophthalmique et de la faciale.

Aux points de communication du sac, en haut avec les conduits lacrymaux, en bas avec le canal nasal, se trouvent les valvules de Rosenmuller et de Béraud.

Ces valvules, sur lesquelles on a bâti tant d'hypothèses, sont souvent rudimentaires, ou en tout cas,

n'ont pas l'importance qu'on a voulu leur donner comme appareils régulateurs des larmes.

Au point de vue histologique, le sac lacrymal ne présente rien de spécial, sa muqueuse est la même que celle de tout l'appareil lacrymal qui se continue en haut avec la conjonctive et en bas avec la pituitaire.

Elle est renforcée, au niveau de la gouttière lacrymonasale par le périoste orbitaire qui lui adhère à l'aide d'un tissu conjonctif lâche.

Cette couche de tissu conjonctif sous-muqueux se prolonge sur toute la surface du sac qui n'est pas en rapport avec le périoste, mais dans ces endroits elle est plus serrée et plus épaisse.

La muqueuse du sac lacrymal et du canal nasal n'est pas la même que celle de la partie supérieure de l'appareil lacrymal.

Elle possède comme la pituitaire, un chorion infiltré de corpuscules lymphoïdes.

La couche épithéliale se compose de cellules cylindriques interceptant entre leurs extrémités basales, des cellules sphériques plus petites, de signification probablement analogue à celle de la pituitaire.

## B. — PHYSIOLOGIE

Les larmes sont sécrétées par la glande lacrymale qui les déverse à la surface du globe oculaire sur la conjonctive et la cornée dont elles empêchent le desséchement et l'inflammation.

Une partie des larmes sécrétées subit l'évaporation, l'autre partie arrive dans le sac lacrymal après avoir parcouru les différents canaux qui le précèdent.

Mais comment se fait ce passage des larmes de la surface de la conjonctive dans le sac lacrymal ?

De nombreuses théories ont été émises sur ce sujet. Viennent d'abord l'hypothèse ingénieuse de Jean-Louis Petit, basée sur la théorie du siphon et celle qui attribuait l'élimination des larmes à la raréfaction que la respiration produit dans l'air que contiennent les fosses nasales (Hounauld et E.-H. Weber).

Mais ces théories sont très invraisemblables et infirmées par ce fait que les larmes pénètrent dans le sac, alors même que le canal est obstrué.

De même la théorie qui attribue l'évacuation des larmes à l'aspiration capillaire est un non-sens au point de vue physique pure, car elle suppose un canalicule rigide et vide ayant une extrémité immergée et l'autre libre. On ne trouve pas en effet cette disposition dans les conduits lacrymaux qui sont toujours flasques et humides et qui varient de calibre suivant la quantité de liquide qu'ils contiennent.

De même la théorie de Ross qui fait intervenir la compression des paupières et qui a été réfutée par Roser.

Actuellement il faut admettre avec presque tous les auteurs, que l'entrée et l'expulsion des larmes est due à des mouvements alternatifs de dilatation et de resserrement du sac grâce aux actions musculaires qu'il subit.

Les opinions divergent encore sur la manière dont cet acte s'accomplit :

Arlt, Moll et Weber supposent que le sac subit une compression qui a pour but d'évacuer son contenu au moment même où les larmes sont pressées contre les parois du lac lacrymal par la fermeture des paupières. Bourget, Saint-Hilaire, Malgaigne, Hyrtl, Roser et Schmidt et de Weker croient au contraire qu'à ce moment le sac se dilate et aspire les larmes que les mouvements des paupières ont poussées vers les conduits.

De Weker, pour appuyer son opinion, compare ce mécanisme à ce qui se passe sur une gouttelette de pus suspendue à l'orifice d'une fistule lacrymale.

Arlt a aussi fait des expériences qui tendent à confirmer cette opinion.

D'autres ont prétendu le contraire, mais dans ce cas, dit de Weker, l'expulsion de la gouttelette hors du sac est due à la direction de la fistule et à l'action des bords cutanés de la fistule sur la gouttelette.

Nous admettrons donc la théorie de la dilatation du sac s'opérant sous l'action des différents muscles et ligaments de l'appareil lacrymal.

# CHAPITRE III

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA DACRYOCYSTITE CHRONIQUE ET DE LA PÉRICYSTITE. BACTÉRIOLOGIE. SYMPTOMES.

### A. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

De la description sommaire des dispositions et du fonctionnement du sac lacrymal que nous venons d'esquisser, on peut tirer quelques déductions touchant les causes et le mécanisme de la dacryocystite chronique et de sa propagation aux tissus environnants.

Il est facile de concevoir en effet que l'inflammation du sac sera favorisée, chaque fois qu'il y aura un obstacle à l'excrétion des larmes. On comprendra également que les affections de la conjonctive et des fosses nasales puissent se propager aux voies lacrymales, et que les maladies des os du grand angle de l'œil et de la paroi des fosses nasales puissent donner lieu à des lésions secondaires du sac lacrymal.

Quelles sont les altérations et les modifications que subit le sac lacrymal atteint de dacryocystite chronique. Comment du simple catarrhe ou blennorrhée, arrive-t-il à l'état qu'il présente dans cette affection ?

Nous l'indiquerons dans ce chapitre, en nous inspirant des études publiées par Tartuferi dans les *Archives d'Ophtalmologie* de 1902 et des communications faites par M. le professeur De Lapersonne en 1903. Mais avant nous passerons en revue les quelques recherches faites antérieurement sur ce sujet.

Janin, en 1772, trouva dans un cas de tumeur lacrymale: 1° l'existence d'un rétrécissement au niveau de la réunion du sac et du canal nasal; 2° l'inflammation du sac lacrymal et de son appareil glandulaire.

Osborne, parmi cent cinquante préparations anatomiques, ne trouva aucun cas d'occlusion du canal.

Cunier remarqua des végétations pédonculées parsemées sur la muqueuse du sac lacrymal d'un cadavre qui avait une tumeur lacrymale et des granulations conjonctivales.

Auzias Turenne trouva deux tumeurs lacrymales sur le cadavre d'une même femme. Le sac lacrymal était dilaté des deux côtés, mais à gauche il contenait du pus et à droite il était vide.

Beraud publia, en 1853, une série d'observations sur l'anatomie pathologique des voies lacrymales.

Dans une première observation, il trouva les

parois du sac friables et à son extrémité inférieure une oblitération complète.

Une autre fois, les parois du sac étaient minces, transparentes, bleuâtres, tandis que celles du sac étaient épaisses et de coloration normale.

Dans une troisième observation, toutes les altérations siégeaient sur la muqueuse du sac qui était épaissie, boursouflée, couverte de villosités.

Observation IV. — Exostose qui intéressait tout le maxillaire supérieur et les os unguis. Le canal nasal était complétement oblitéré.

Le sac lacrymal était rempli d'un mucus très épais, visqueux, de couleur jaunâtre. Le point lacrymal inférieur était oblitéré. La muqueuse présentait une rougeur assez vive avec des points et des lignes jaunâtres.

Jusque-là on n'avait étudié que macroscopiquement les lésions du sac lacrymal.

En 1862, Berlin examina au microscope la muqueuse de plusieurs sacs enflammés dont il avait pratiqué l'extirpation. Il trouva cette muqueuse tantôt tapissée, tantôt dépouillée de son épithélium, et dans certains endroits, imprégnée de gouttelettes de pus.

Olivier rencontra en disséquant une tumeur double du sac lacrymal, une muqueuse d'un gris rosé et d'un aspect chagriné; un diaphragme membraneux, peu épais, interceptait toute communication avec le canal nasal; les parois du sac étaient épaissies. Le sac du côté opposé fut trouvé rempli de

muco-pus, il était séparé du canal nasal par un repli membraneux valvulaire.

Sur deux sacs enflammés qu'il extirpa, Monoyer trouva une fois la muqueuse de coloration rouge, et l'autre fois de coloration ardoisée. Dans les deux cas, l'épaisseur des parois était très augmentée.

Plusieurs segments de la paroi antérieure du sac excisée sur le vivant par Monoyer présentaient une muqueuse tantôt épaissie, tantôt tuméfiée sans épaississements. D'autres fois elle n'était ni épaissie ni tuméfiée, mais atrophiée. Kuhnt, Panas, Jœrss, Hertel ont également étudié l'anatomie pathologique des voies lacrymales.

En 1899, Kuhnt communiqua un travail à la Société ophthalmologique de Heidelberg. Dans ce travail, il affirme que les valvuves décrites comme normales par plusieurs auteurs, ne sont que le résultat de processus pathologiques. Il explique également les modifications que subit l'épithélium du sac enflammé et le mécanisme de l'ectasie résultat forcé de l'oblitération et de la rétention des sécrétions du sac.

D'après Panas les parois sont lisses ou irrégulières suivant l'intensité du processus inflammatoire, mais elles sont toujours épaissies.

Jœrss avertit qu'il ne faut pas prendre pour des glandes les anfractuosités et les invaginations souvent formées par la muqueuse enflammée.

D'après Hertel, se basant sur les résultats de la clinique de Jœrss où il fit des recherches sur des sacs atteints de dacryocystites suppurées, la muqueuse

enflammée présente souvent un épaississement considérable formé quelquefois par quinze couches de cellules superposées.

Il a trouvé également une infiltration leucocytaire de l'épithélium, infiltration diffuse en certains endroits et nodulaire en d'autres.

Nous pouvons maintenant aborder l'étude des modifications, apportées par l'inflammation, dans la structure et le fonctionnement du sac lacrymal.

Lorsque le sac ne subit qu'une irritation passagère et peu intense, il réagit par une sécrétion plus abondante qui neutralise les effets de l'agent irritant.

Quand l'irritation est plus intense et plus prolongée le sac réagit encore mais cette fois la résistance se manifeste par l'inflammation.

Il arrive un moment enfin où le sac toujours irrité et toujours enflammé ne peut plus se défendre, son appareil contractile devient impuissant à le débarrasser des produits morbides qu'il contient.

C'est alors qu'il subit des altérations profondes, qu'il se distend.

C'est la période des tumeurs ou *mucocèles*. Si les parois du sac s'ouvrent sous la pression qu'elles subissent, le contenu s'en va injecter les tissus environnants et la *péricystite* est constituée.

Nous allons suivre dans leur ordre d'apparition toutes ces modifications et altérations.

A l'état normal, la muqueuse du sac sécrète une très petite quantité de liquide transparent et filant sous le doigt.

Cette sécrétion contient toujours des cellules épithéliales cylindriques, provenant de l'épithélium et des follicules diverticulaires. Sous l'influence d'une irritation quelconque la sécrétion augmente ainsi que le nombre des cellules épithéliales.

Ensuite apparaissent des filaments blanchâtres. En même temps les cellules épithéliales diminuent et sont remplacées par des cellules à mucus qui ont tendance à s'agglutiner.

Au bout d'un certain temps ce mélange fermente et augmente l'irritation. Il se produit alors une réaction qui se manifeste par une diapédèse du côté des vaisseaux de la paroi.

On trouve alors, ainsi que l'a démontré Sattler, toute une série de microorganismes baignant dans la sécrétion du sac qui devient de plus en plus alcaline.

A ce moment le sac ne présente encore aucune lésion, il ne fait que réagir à l'inflammation.

Si l'irritation continue, la sécrétion augmente et les parois du sac sont distendues.

A ce moment la muqueuse présente un aspect tomenteux et quelquefois des saillies papilliformes.

Si la dilatation a été brusque, on trouve une série de plis qui diminuent la grandeur du sac et produisent un réceptaculum où peut stagner et croupir la sécrétion.

Si cet état persiste un certain temps, l'épithélium est altéré et tout disposé pour recevoir et entretenir la suppuration.

La dilatation progressive et continue du sac peut atteindre de grandes proportions.

En effet les portions du muscle orbiculaire chargées de rapprocher les parois du sac sont bientôt épuisées par la pression de plus en plus grande de la sécrétion ; elles s'allongent, s'affaissent et perdent leur contractilité.

Le sac n'ayant plus aucun frein, se distend de plus en plus, surtout en avant, en haut et en dehors.

Il forme bientôt une tumeur qui atteint quelquefois le volume d'un œuf de pigeon. Cette tumeur se creuse une loge dans l'apophyse montante du maxillaire supérieur et sur la crête lacrymale postérieure et s'insinue entre la paroi orbitaire et le globe de l'œil.

C'est ce que Heister appelait *hernie* du sac lacrymal.

En même temps que le sac se dilate, sa muqueuse se transforme. Le gonflement y diminue ; de rougeâtre et veloutée qu'elle était elle devient ardoisée, lisse et parsemée çà et là de quelques élevures verruqueuses. Si la dilatation a été très considérable elle présente un aspect gris pâle.

Le liquide sécrété subit aussi des transformations.

D'épais et trouble qu'il était d'abord, il devient plus liquide, plus transparent, presque analogue à du blanc d'œuf.

C'est ce qui a fait Annel désigner ces tumeurs sous le nom de *hydropisie du sac lacrymal* et Makensié sous celui de *mucocèle du sac*.

M. Rollet de Lyon rapporte le cas d'une tumeur énorme observée chez une femme de 67 ans, atteinte depuis quatre ans de larmoiement de l'œil droit et de fistule lacrymale. Cette tumeur géante s'était développée en deux ans progressivement.

L'examen du liquide contenu dans le sac décela le pneumocoque.

En 1902, de Rutten avait déjà signalé une ectasie extraordinaire du sac lacrymal gauche observée chez une femme de 63 ans, qui souffrait depuis une trentaine d'années de dacryocystite gauche. Depuis deux mois le sac ne se vidant plus complètement avait pris un tel développement que la malade ne pouvait plus se servir de son œil gauche.

Ces tumeurs peuvent donc atteindre des dimensions considérables.

Mais avant d'en arriver à ces ectasies géantes le sac lacrymal a besoin de subir diverses transformations.

Il faut que ses tissus soient désorganisés par des affections aiguës intensives, et que son appareil contractile soit usé pour laisser ses parois se distendre.

Quelquefois le sac est atteint de phlegmon ou *dacryocystite phlegmoneuse* qui laisse souvent à sa suite, même après guérison, un tissu cicatriciel soudant les parois du sac en plusieurs points, et interceptant des trabécules et des diverticules qui pourront devenir des foyers de suppuration et favoriser la répétition des phlegmons et des dacryocystites.

D'autres fois il se forme une fistule qui met les tis-

sus environnants en contact avec les produits morbides contenus dans le sac.

C'est alors qu'on voit évoluer les complications des dacryocystites se manifestant sous diverses formes plus ou moins graves, depuis la lymphangite jusqu'aux phlegmons, suivant la virulence de l'agent infectant.

On a alors les diverses variétés de *péricystite :* érysipélateuse, phlegmoneuse, l'abcès prélacrymal. Suivant le siège de la fistule, l'abcès peut occuper diverses positions par rapport au sac lacrymal.

Il est le plus souvent situé au-devant du sac, au-devant du tendon de l'orbiculaire.

Quelquefois il prend la forme de croissant et s'étend jusque dans le tiers interne de la paupière inférieure.

D'autres fois l'infection au lieu d'aller en avant du sac se dirige en arrière et donne lieu à une périostite orbitaire inférieure.

Le pus collecté en abcès peut retourner vers le sac et former une fistule borgne interne en forme de fente (*fente glottique de Jocqs*) ou en forme d'étoile.

Dans d'autres cas, l'abcès peut s'ouvrir à la peau sans détériorer le sac.

D'autres fois enfin on peut avoir une sortie du pus du côté du sac et du côté de la peau. Dans ces cas l'ouverture à la peau se fait tantôt au-dessus, tantôt au-dessous du tendon de l'orbiculaire.

Parinaud a étudié avec soin les diverses formes de péricystite. Ces complications de dacryocystite ont

tendance à récidiver jusqu'à guérison des voies lacrymales.

Roche, en 1902, a fait dans sa thèse une très bonne étude des péricystites qu'il attribue toujours à une affection antérieure du sac lacrymal.

### B. — BACTÉRIOLOGIE

Au point de vue étiologique, on a bâti plusieurs théories attribuant le point de départ de la dacryocystite à diverses causes.

Jean-Louis Petit, dans une série de mémoires publiés à l'Académie des sciences de 1734 à 1744 chercha à établir sa théorie. Comparant l'appareil, lacrymal, d'après la disposition des conduits lacrymaux, du sac et du canal nasal à un siphon composé de deux branches inégales dont une extrémité plonge dans le sac lacrymal, il établit que la fistule lacrymale est ordinairement une conséquence de l'obstruction de ce siphon du côté du nez. « Les larmes que les points lacrymaux y conduisent ne pouvant s'écouler par le nez, s'accumulent et font effort pour dilater le siphon ; mais comme la partie étroite et base du siphon est renfermée dans un canal osseux, tout l'effort que font les larmes se porte sur la partie large appelée sac... »

Pour mieux faire comprendre sa pensée, J.-L. Petit compare le mode de production de la tumeur du sac à la distension de la vessie par l'urine, alors qu'il existe un rétrécissement de l'urèthre.

Cette théorie est longtemps restée victorieuse malgré les tentatives faites pour la renverser. Scarpa Begnini, Dupuytren et surtout Velpeau ont combattu cette doctrine de l'obstruction et fait jouer le principal rôle à l'infection dans la genèse des accidents.

Béraud, dont les recherches sur l'appareil lacrymal sont très connues, invoqua l'existence de l'inflammation des glandes du sac.

Parmi les auteurs modernes, de Weker pense que l'atrésie et la sténose du canal nasal, ne doivent pas figurer dans l'étiologie des dacryocystites.

Galezowski pense que l'exagération de l'alcalinité des larmes suffit à provoquer l'inflammation de la muqueuse du sac. Tout en admettant que les inflammations chroniques du sac comme les inflammations aiguës peuvent avoir pour point de départ les organes voisins, fosses nasales, conformations particulières des os du nez, etc., il faut convenir aujourd'hui avec la majorité des ophtalmologistes, qu'elles ont toutes une origine *microbienne*. C'était l'opinion de Desmarres ; Parinaud tout en admettant l'origine infectieuse disait qu'il faut tenir compte de l'obstruction mécanique.

En 1893, M. Mazet a présenté à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux un cas de tumeur lacrymale à staphylocoques, observé à la clinique du Dr Lagrange.

De même, M. Arnozan cite le cas d'une dacryocystite tuberculeuse faisant suite à un lupus de la face, mais il n'a pu y déceler le bacille de Koch.

M. Fromaget rappelle les travaux de Widmark, qui, en 1885, a pu isoler des staphylocoques, des streptocoques et même un bacille particulier, et obtenir des phlegmons du sac en inoculant des cultures isolées.

En Allemagne, on a aussi étudié ces questions, comme le prouvent les nombreuses communications faites au Congrès de Heidelberg.

En France, Gillet de Grantmont a publié des études sur ce sujet dans les *Annales d'Ophtalmologie* de 1892.

Gallenga dans plusieurs cas de dacryocystites chroniques, venues à la suite de rhinosclerome, a trouvé des bacilles encapsulés dans des cultures faites sur gélose et gélatine. Chez un nouveau-né dont les parents étaient bien portants, Zelerkowski a vu évoluer une dacryocystite de l'œil gauche qui est devenue fluctuante vers le treizième jour. L'examen bactériologique décela la présence, dans le sac conjonctival du staphylocoque doré très virulent pour le lapin et pour le chat. L'auteur insiste sur le caractère phlegmoneux de l'infection, sur la ténuité du processus, sur la virulence de l'agent pathogène, et sur l'imperméabilité des deux ouvertures du sac, canaliculaire et nasale. Le pneumocoque a été également trouvé dans un cas de tumeur du sac lacrymal, opéré par Rollet.

D'après les résultats de toutes ces recherches, il faut conclure que, comme les affections des autres organes, les affections des voies lacrymales peuvent être produites par les microbes les plus variés. L'in-

tensité des lésions varie avec la virulence de l'agent infectieux.

### C. — SYMPTOMES DE LA DACRYOCYSTITE CHRONIQUE

Les symptômes des dacryocystites sont variables suivant le moment où on les examine.

Il est évident qu'une dacryocystite durant depuis plusieurs années ne présentera pas le même aspect qu'au début.

De même dans les cas arrivés à la suppuration, ou compliqués de fistule lacrymale, aux symptômes de la dacryocystite pourront s'ajouter ceux d'une inflammation aiguë.

Le symptôme le plus constant est le larmoiement qui peut être plus ou moins abondant.

C'est ordinairement pour la gêne occasionnée par cette hypersécrétion des larmes que les malades viennent consulter.

D'autres fois les malades se présentent avec une tumeur siégeant dans l'angle interne de l'œil, et dont les dimensions peuvent aller de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette.

Dans les cas de Rollet et de Rutten, ces tumeurs atteignaient la grosseur d'un œuf de pigeon.

Ce sont les cas d'ectasie du sac lacrymal produite par l'accumulation des produits de sécrétion qui ne trouvent plus à s'éliminer.

Dans ces cas, les malades racontent ordinairement

que leur œil pleure depuis de longues années, que tous les matins ils sentaient à l'angle interne de l'œil une petite grosseur qu'ils faisaient disparaître en la pressant contre les os du nez, mais que depuis un mois ou deux cette manœuvre ne leur réussit plus.

Ils ressentent alors une sensation de compression qui leur donne des douleurs dans toute la région de l'œil.

D'autres malades se présentent en disant qu'ils ont perdu la vue du côté malade. Toute la région est enflammée et tuméfiée.

L'infection partie du sac s'est propagée aux tissus environnants et on a alors une dacryocystite compliquée de péricystite.

Pour faire le diagnostic de ces diverses formes de dacryocystite : mucocèle, phlegmon du sac, fistule lacrymale, il faut faire le cathétérisme des voix lacrymales, afin de s'assurer de la perméabilité ou de l'obstruction du canal nasal, et dans les cas de fistule, du trajet qu'elle parcourt.

Suivant le résultat de ces recherches, l'indication et le choix du traitement varieront.

## CHAPITRE IV

### INDICATIONS DE L'EXTIRPATION DU SAC LACRYMAL. TECHNIQUE.

De nombreuses méthodes ont été employées dans le traitement des dacryocystites. Parmi ces méthodes, quelques-unes doivent être conservées, les autres doivent être abandonnées car elles sont imparfaites.

Depuis longtemps déjà, l'extirpation du sac lacrymal a été pratiquée soit à la suite de l'insuccès des autres modes de traitement, soit d'emblée, comme méthode de choix.

Les diverses méthodes employées ont pour but, 1° de modifier l'état d'inflammation et d'infection des voies lacrymales; 2° de rétablir leur perméabilité.

Pour atteindre le premier but, on s'est servi de *solutions modificatrices,* par exemple de solution de sulfate de zinc, d'azotate d'argent, d'iode, injectées par les points lacrymaux à l'aide de la seringue d'Annel,

ou par l'ouverture nasale : injection rétrograde ou de bas en haut.

D'autres ont fait des *cautérisations modificatrices* ou bien l'excision des foyers fongueux.

Mandelstam et Tartuferi ont pratiqué le *curettage du sac lacrymal et du canal nasal.*

Tartuferi conseille le curettage du canal nasal, car il lui attribue la part prépondérante des lésions, mais il emploie ce procédé opératoire uniquement dans les cas où l'oblitération de l'appareil lacrymal n'est pas complète. Lorsque le canal nasal est totalement oblitéré, par exemple dans les dacryocystites purulentes choniques, l'ablation totale du sac peut seule donner de bons résultats. Pour rétablir la perméabilité des voies lacrymales plusieurs procédés ont été également employées :

1° **Catéthérisme de bas en haut** par la méthode de Laforest et Gensoul ;

2° **Le clou de Scarpa** ;

3° **La canule de Dupuytren laissée à demeure.**

4° **Le stylet d'Annel.**

5° **La méthode moderne de Bowmann.** C'est la méthode moderne de dilatation progressive avec des stylets de diamètre de plus en plus grands ;

6° **L'incision ou stricturotomie** de Gerdy et Malgaigne, oubliée puis reprise par Joesch de Moscou, par Stilling de Cassel. Les chirurgiens de l'antiquité ne pouvant rétablir la perméabilité des voies lacrymales oblitérées essayaient de créer des voies nouvelles. Dans ce but Celse et Paul d'Egine perforaient l'unguis.

De même Saint Yves puis Laugier ont perforé le sinus maxillaire. Parmi ces méthodes il faut en retenir seulement quelques-une qui peuvent avoir leur utilité dans certains cas.

Les injections modificatrices peuvent suffire dans les dacryocystites récentes où la muqueuse du sac est simplement enflammée.

La méthode de Bowmann a été lontemps la meilleure et donne encore de bons résultats, lorque l'imperméabilité des voies lacrymales n'est pas trop prononcée et lorsque l'infection n'a pas trop altéré la structure du sac.

En 1901, le Dr Baudouin, de Castres, a indiqué un procédé de traitement de la dacryocystite muqueuse et purulente.

« Le principe de sa méthode est l'emploi combiné avec les injections de la sonde à demeure de Vulpius modifiée. Au lieu d'être pleine, elle est tubulée sur une partie de sa longueur. Elle est disposée de façon à pouvoir s'adapter à l'ajutage d'une seringue d'Annel. Avec cette sonde on peut porter des liquides jusqu'au méat inférieur des fosses nasales.

Après division postéro-supérieure de la moitié du canalicule lacrymal inférieur est mise en place et laissée à demeure comme la sonde de Vulpius ordinaire.

Elle assure par sa permanence le calibrage des voies lacrymales, mais de plus elle permet par sa tubulure la pénétration dans le sac, de liquides détersifs ou modificateurs, ce qui ne peut être fait

avec la sonde pleine de Vulpius qui ferme le conduit lacrymal inférieur. Elle fait de plus une économie de souffrance et de déplacement pour le malade. Elle doit rester à demeure pendant quinze jours,

D'après M. Darier cette méthode n'est applicable qu'au cas où le malade se refuse à l'ablation du sac lacrymal. M. Kalt a essayé sans succès les sondes à demeure.

Pour agir sur le rétrécissement et l'inflammation dans les dacryocystites rebelles, le professeur Lagrange de Bordeaux, a préconisé l'electrolyse dans un mémoire publié en 1893.

D'après Fage le cathétérisme électrolytique abrège la guérison et la rend plus stable. Dès la première séance, dilatation marquée du canal nasal, mais pour qu'elle soit durable et qu'il y ait modification des produits de sécrétion de la muqueuse, il faut qu'elle soit répétée plusieurs fois à six ou huit jours d'intervalle.

M. Fage juge lui-même sa méthode de la façon suivante : « Ce n'est pas à dire que l'électrolyse ait toujours une action définitive. C'est surtout un moyen plus prompt, plus actif, pouvant prévenir les curettages du sac. Même dans les cas où l'intervention chirurgicale est nécessaire, l'électrolyse est souvent un complément utile qui permet d'abréger et d'achever la guérison. »

D'après M. Ménacho qui emploie depuis huit ou dix ans l'électrolyse, les résultats obtenus ne sont

pas très encourageants ; dans 75 0/0 des cas, la guérison est incomplète.

Scheffels préconise dans les cas où le sac est dilaté et où l'on ne peut pas recourir à l'extirpation, l'oblitération à l'aide d'une *cautérisation* par la pâte de Vienne introduite directement dans le sac. Cette méthode était employée autrefois par Pagemecher qui se servait de la pâte de Canquoin.

Scheffels indique ensuite la technique de sa méthode et les résultats obtenus. En dix ou quatorze jours, la muqueuse mortifiée est éliminée et il se forme un tissu de granulation qui en huit jours remplit le sac. En trois semaines au plus la guérison est complète et le sac oblitéré.

Toutes les méthodes que nous venons de passer en revue pèchent les unes par *la longue durée du traitement* et toutes par le *défaut de guérison complète.*

Il n'en est pas de même de la méthode de *l'extirpation du sac lacrymal.*

D'abord pratiquée par Platner en 1724, reprise par Magni et Gotti en 1862, elle a été remise en honneur par Berlin en 1868.

En 1900, Tartuferi disait que cette méthode pourrait peut-être produire la guérison dans les cas où le curettage ne réussirait pas.

Voici l'opinion de M. Valude et les indications qu'il donne.

D'après lui, cette méthode, surtout pratiquée en Allemagne, n'est qu'une méthode d'exception en

France en 1901. Pourtant à son avis cette méthode mérite une meilleure fortune.

Cette opération s'impose toutes les fois qu'il s'agira de détruire le sac, hormis le cas de phlegmon aigu de la région. Convenablement exécutée, elle donne une *guérison rapide*, sans cicatrice appréciable, ce qui n'a pas lieu par les procédés autres, tels que cautère actuel d'après les procédés anciens, ou caustiques chimiques qui en plus de l'inconvénient de la cicatrice, nécessitent un traitement de longue durée.

Elle devra même être préférée aux méthodes de conservation dans tous les cas de dacryocystite chronique avec dilatation du sac : le cathétérisme simple ou combiné à des lavages modificateurs de la muqueuse, l'électrolyse, le curettage par les voies naturelles, de Terson père, le curettage par la peau, de de Weker et Despagnet, dont trop souvent les insuccès et la longueur fatiguent la patience des ouvriers qui se lassent de voir la goutte de pus du grand angle de l'œil qui les désespère plus que le larmoiement.

Même s'il reste du larmoiement après l'opération cette méthode est encore préférable aux autres. »

De même M. Jocqs préconise l'extirpation du sac lacrymal qui est le plus souvent le seul traitement radical de la tumeur lacrymale « et nous voulons entendre sous cette dénomination, soit la dacryocystite suppurée, soit la simple ectasie du sac. »

D'après M. Terson l'extirpation du sac ne doit pas être la seule opération radicale des dacryocystites rebelles.

Elle n'est formellement indiquée que dans les cas de dacryocystite enkystée. Elle ne doit être employée dans les autres cas que lorsque la maladie est absolument rebelle.

La destruction ignée doit souvent lui être combinée pour stériliser et oblitérer la région profonde et empêcher la réinfection par le canal nasal.

Terson pratique toujours la cautérisation avec le thermocautère olivaire.

Depuis plusieurs années déjà, mais surtout depuis les travaux de MM. Rochon-Duvigneaud et De Lapersonne, l'ablation du sac lacrymal tend à se généraliser. Tous les ophthalmologues sont d'accord pour conseiller l'ablation du sac dans les cas de vieilles dacryocystites avec altération des parois et ectasie du sac, ainsi que dans les tumeurs du sac irréductibles ou très difficilement réductibles.

Mais les indications de l'extraction du sac doivent selon nous, et nous ne faisons en cela qu'interpréter le remarquable rapport de MM. De Lapersonne et Rochon-Duvigneaud, être beaucoup plus étendues.

Voici le résumé de ce rapport :

« Des considérations sociales peuvent indiquer l'extirpation des sacs dilatés qui, dans d'autres circonstances, devraient être traités par les méthodes conservatrices.

Desmarres faisait remarquer les avantages de la destruction du sac chez les ouvriers qui ne peuvent s'astreindre à un long traitement ; nous savons aujourd'hui, que l'utilité capitale de l'extirpation, en pareil

cas, est de mettre à l'abri de complications cornéennes graves, toujours possibles en présence d'une dacryocystite purulente.

Une dernière catégorie d'extirpation d'emblée est représentée par les malades atteints de dacryocystites et qui doivent subir une opération sur le globe telle que la cataracte, et à plus forte raison, une opération d'urgence, glaucome aigu par exemple. Les mêmes indications se présentent pour les malades atteints d'ulcères à hypopion ou d'une blessure récente du globe. »

Rollet conseille, lors de coexistence d'écoulement et de cataracte mûre, d'extirper le sac en totalité quelque temps avant d'extraire la cataracte.

Aronis, de Rider Wigodski, Valude, Salva, Schirmer, vantent les avantages de l'ablation du sac d'après les bons résultats qu'ils ont obtenus dans les nombreux cas qu'ils ont opérés.

En 1905, dans sa thèse inaugurale, Leblond rapporte une série d'observations recueillies à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur De Lapersonne.

Les résultats de ses observations lui permettent d'étendre les indications de l'extirpation ou de la destruction du sac lacrymal à presque toutes les affections des voies lacrymales. Il cite en effet les cas les plus variés opérés avec succès : 1° mucocèles où le sac cesse de communiquer avec la conjonctive et les fosses nasales ; 2° ectasies ; 3° oblitérations complètes du canal nasal ; 4° tumeurs bénignes du sac,

telles que myxomes et papillomes ; 5° lupus de la face ; 6° dacryocystites avec ou sans refoulement purulent, compliquées ou non de fistules, etc.

Quant à la destruction du sac elle est indiquée d'emblée dans les dacryocystites tuberculeuses qui se reconnaissent souvent au facies et aux antécédents du malade. Elle doit encore être appliquée lorsque l'extirpation complète du sac est impossible.

Enfin les résultats de nos quelques observations concordent avec les résultats obtenus par tous les auteurs cités précédemment et nous croyons que l'ablation du sac lacrymal suivie de *thermocautérisation* dans certains cas, de *péricystite,* est le meilleur traitement :

1° Dans les cas de dacryosystites suppurées :

2° Dans les cas de dacryocystites avec fistule lacrymale ;

3° Dans les cas de mucorèle ;

4° Dans les dacryocystites accompagnées de péricystite.

## A. — TECHNIQUE

Ce qui a empêché beaucoup de chirurgiens de pratiquer l'ablation du sac lacrymal, c'étaient les écueils rencontrés au cours de l'opération. D'abord les dangers de l'infection, car l'on craignait, malgré toutes les précautions, de répandre à la surface de l'œil, le contenu septique du sac.

La dissection et l'extirpation complète du sac sont

souvent difficiles à cause des adhérences au périoste. Pour avoir le sac entier Todd conseille de faire une injection de paraffine dans le sac avant d'en pratiquer l'ablation. Valude avait déjà, en 1902, conseillé l'injection d'une matière solidifiable, telle que le blanc de baleine stérilisé. L'hémorragie produite par les nombreux vaisseaux de l'angle de l'œil est assez abondante mais elle est plus gênante qu'alarmante.

Nous croyons que le procédé indiqué par Terien est l'un des meilleurs et nous le décrivons en entier.

## TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Le malade étant endormi au chloroforme :

A. — On introduit une sonde dans les voies lacrymales afin de répérer facilement le sac pendant l'opération.

Sous chloroforme, la sonde peut presque toujours être passée sans de trop grandes difficultés.

Premier temps. — *Incision.* — La commissure externe étant tirée en dehors, on incise la peau et le muscle sous-jacent dans une étendue de 10 à 12 millimètres, ne dépassant pas en haut la commissure interne afin de respecter les gros vaisseaux mais l'hémorragie est toujours abondante et rend la dissection difficile.

Deuxième temps. — *Extirpation du sac.* — On peut injecter de la paraffine, les lèvres de la plaie sont

écartées avec des érignes, et tandis qu'un aide tamponne constamment la région, l'opérateur cherche le sac en arrière et au-dessous du tendon.

La sonde est retirée et la paroi antérieure du sac mise à nu. L'extrémité supérieure est saisie, attirée en bas, disséquée avec les ciseaux courbes et coupée aussi bas que possible dans la gouttière naso-lacrymale. La paroi postérieure du sac entièrement confondue avec le périoste et demeurant en place est raclée avec la curette.

Souvent le sac plus ou moins rempli de fongosités se laisse déchirer. Il est alors enlevé à la curette, et celle-ci introduite dans le canal nasal en extirpe tout le contenu.

Troisième temps. — *Tamponnement. Thermocautérisation.* — Dans les cas soumis depuis longtemps à l'injection ou accompagnés de péricystite, après avoir tamponné avec soin, et les lèvres de la plaie étant soigneusement écartées avec les erignes en forme de râteau, le chirurgien introduit dans la cavité, le thermocautère à boule olivaire chauffé au rouge sombre et cautérise avec soin toute la surface de la cavité, surtout en haut, à l'abouchement des canalicules lacrymaux, puis descend jusqu'à l'intérieur du canal nasal.

Une mèche iodoformée est introduite ensuite, laissée en place deux ou trois jours et renouvelée ensuite les jours suivants. On fait un pansement bien compressif, surtout au niveau de la fossette qui était occupée par le sac lacrymal.

# CHAPITRE V

## OBSERVATIONS

### Observation I (*inédite*).

Mme V... de Rennes, âgée de 42 ans, n'a jamais été malade, elle ne présente pas non plus de prédispositions naturelles aux affections lacrymales.

Élie arrive à l'Hôtel-Dieu avec une dacryocystite suppurée de l'œil gauche ; le pus reflue en abondance à la pression ; le larmoiement est très gênant ; c'est d'ailleurs la raison pour laquelle la malade est venue consulter.

Le cathétérisme pratiqué aussitôt est très douloureux et difficile. Il existe une sténose très serrée immédiatement au-dessous du sac lacrymal.

On peut à grand'peine passer une sonde de Bowmann n° 2.

La malade fut opérée le 5 septembre 1902 par M. le Dr Assicot.

L'opération ne présenta aucun incident.

Après extirpation du sac qui contenait une grande quantité de pus, la plaie fut laissée largement ouverte et bourrée de gaze iodoformée. Les pansements furent faits régulièrement et la guérison fut complète en un mois.

*Suites.* — Ce qui est remarquable, c'est la diminution immédiate du larmoiement qui devient tout de suite moins gênant qu'avant l'intervention.

La malade revue plusieurs fois et d'une façon très suivie est très améliorée.

Revue dernièrement au commencement de 1907, elle présentait un larmoiement insignifiant.

## Observation II

Pierre M..., 9 ans, est atteint depuis un an de fistule lacrymale de l'œil gauche ; le père raconte que l'œil a commencé à pleurer vers l'âge de 5 ans.

A deux reprises différentes, la région a été le siège d'accidents inflammatoires aigus (péricystite) avec ouverture à la peau ; la première fois l'ouverture cutanée s'était refermée, mais la seconde fois elle est restée fistuleuse. Le stylet conduit directement dans le sac ; pas de dénudation osseuse.

Le cathétérisme laisse passer facilement une sonde de Bowmann, n° 3, mais impossible de continuer d'une façon suivie à cause de l'âge du malade.

Il fut opéré par M. Assicot le 10 mars 1903 ; le sac était rempli de fongosités, le tissu environnant le sac était très épaissi. Pour ce motif on fit la cautérisation au thermocautère et l'on bourra de gaze.

La guérison n'était complète qu'au bout de six semaines seulement. L'enfant fut revu un an après ; il présentait une bonne cicatrice.

### Observation III

M. X..., 58 ans, atteint de cataracte de l'œil droit et de dacryocystite suppurée de ce côté, se présente à l'Hôtel-Dieu. Il existe une ectasie notable du sac et un larmoiement très abondant, et le pus reflue dans l'œil à la pression.

Le cathétérisme après incision du conduit lacrymal est facile, mais la nécessité d'opérer la cataracte conduit à proposer l'ablation du sac.

Le malade accepte et est opéré le 18 août 1903 toujours par la même méthode.

Au bout de trois semaines la guérison était obtenue sans aucun incident.

Au bout de trois mois, il persistait encore un larmoiement assez notable, mais qui avait diminué assez sensiblement en avril 1904 pour qu'on pût proposer l'extraction de la cataracte.

Cette dernière fut opérée le 12 avril 1904.

Les suites opératoires furent nulles et la chambre antérieure était reformée au bout de trois jours.

Il n'y eut jamais d'infection, pas de cyclyte ni d'iridocyclite ; seulement un peu de rougeur de l'œil qui persista peut-être un peu plus longtemps que d'habitude.

**Observation IV** (inédite).

M. P... de Rennes vient à l'Hôtel-Dieu atteint de mucocèle de l'œil gauche depuis plusieurs années.

Le doigt fait refluer un liquide filant et visqueux. Le malade n'a jamais présenté de poussées de péricystite.

Le larmoiement est prononcé, à tel point que les larmes coulent sur la joue pendant la journée.

Le cathétérisme est douloureux et difficile.

On essaie pendant plusieurs semaines d'une sonde à demeure passée par le conduit lacrymal supérieur probablement incisé et que le malade supportait parfaitement.

Cependant, ennuyé de son affection et de la durée du traitement, le malade demanda lui-même une intervention plus radicale.

Il fut opéré le 15 février 1904. La recherche du sac fut très laborieuse, ce qui causa une effusion de sang très gênante.

Les suites présentèrent ceci de particulier que pendant plusieurs mois il persista un orifice fistuleux suintant au niveau de la plaie. Ce n'est que près d'un an plus tard (janvier 1905) que cet orifice se ferma immédiatement après l'expulsion d'un petit séquestre parcellaire. Le malade, revu il y a quelques mois, n'a presque plus de larmoiement.

**Observation V**

M. J..., cultivateur de Broons, adressé par un médecin à M. Assicot, pour une péricystite dont le début remonte à quinze jours et est ouverte à l'intérieur.

Elle est liée à un larmoiement ancien et à une vieille daryocystite.

Le malade dit lui-même qu'au coin de l'œil siégeait une poche au niveau de laquelle la pression faisait refluer du pus.

Il fut opéré en mars 1907, on pratiqua le curettage, l'ablation de la paroi antérieure suivie de cautérisation et de bourrage.

La guérison fut obtenue en un mois.

## CHAPITRE VI

### RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'EXTIRPATION DU SAC LACRYMAL

D'après les observations précédentes et les nombreux cas cités d'extirpation, cette méthode donne les meilleurs résultats, non seulement immédiats mais encore éloignés.

Tous les auteurs qui ont employé cette méthode sont unanimes pour en vanter les merveilleux effets.

Tscherno-Schwartz a fait une étude sur les modifications de la sécrétion lacrymale après l'extirpation du sac.

Il a fait des expériences sur des lapines et de ces recherches il conclut : « Il n'est pas douteux qu'un certain temps après l'ablation du sac le flux lacrymal se trouve diminué, voire puisse disparaître. Il peut cependant revenir sous l'influence d'une excitation passagère. L'auteur croit que cette diminution du flux lacrymal tient à une atrophie compensatrice de glandes lacrymales.

Un an après Tscherno-Schwartz, Schirmer donne à la séance du 3 avril 1902, les résultats suivants au point de vue de la sécrétion et de l'excrétion lacrymale après l'extirpation du sac.

Par l'interrogatoire de cinquante-six malades auxquels le sac a été extirpé depuis trois à huit ans et demi, Schirmer a pu se convaincre que dans la plupart des cas, le larmoiement ne se produit plus qu'au vent.

La moitié seulement des patients indique un meilleur écoulement de larmes après l'opération.

D'après lui, l'amélioration ne tient pas, ainsi que l'indique Tscherno-Schwartz à une atrophie de la glande lacrymale (d'après une constatation faite chez le lapin). Cette atrophie ne s'observe jamais chez les hommes, même après plusieurs années. Dans les conditions admises de séjour à la chambre, le larmoiement est si peu considérable, qu'il ne tombe une goutte que toutes les deux heures environ.

Lorsqu'il se produit de l'épiphora après l'opération c'est qu'il y a de la conjonctivite ou de l'entropion. Si un traitement de ces troubles ne produit pas la guérison, il faudra recourir à l'extirpation de la glande lacrymale, opération qui mériterait d'être plus fréquemment pratiquée. »

D'après M. Stenfeld, le larmoiement qui persiste quelquefois, ne doit empêcher personne de recourir à l'extirpation dans les cas de dacryocystite.

V.-P. Strakoff, H. Adolph, Fromaget de Bordeaux Rollet de Lyon, ont publié de nombreux cas de da-

cryocystites traités par l'extirpation avec ou sans cautérisation.

Ces cas étaient tantôt des dacryocystites suppurées, tantôt des mucocèles, tantôt des fistules, quelquefois des péricystites.

Dans plusieurs de ces cas les opérateurs ont suivi leurs malades et jamais, ou très rarement, des récidives ont été remarquées.

Dans tous les cas les auteurs sont unanimes, pour admirer l'amélioration rapide, aussitôt après l'opération.

Les résultats de l'extirpation du sac lacrymal ne font donc qu'en confirmer les indications.

## CHAPITRE VII

### CONCLUSIONS

I. — La dacryocystite chronique réclame, de par sa gravité même, un traitement intensif, car tout œil dont les voies lacrymales sont malades est exposé à une grave infection à la moindre érosion de son épithélium cornéen.

II. — Le traitement le plus intensif et le plus rapide est l'ablation du sac et la thermocautérisation dans les cas de péricystite.

III. — L'extirpation du sac lacrymal doit être pratiquée dans tous les cas de dacryocystites rebelles aux autres méthodes.

Il doit être appliqué d'emblée aux mucocèles avec ectasies géantes du sac.

IV. — La rapidité de la guérison fait de l'extirpation la méthode de choix dans le traitement des dacryocystites des ouvriers qui ne peuvent suivre un traitement de longue durée.

V. — L'extirpation est encore indiquée toutes les

fois qu'une autre opération doit être pratiquée sur le globe oculaire.

VI. — D'après les résultats obtenus dans la majorité des cas traités par cette méthode, l'extirpation peut et doit être appliquée sans aucune hésitation.

---

Vu : le Président de la thèse
DE LAPERSONNE

Vu : Le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

## BIBLIOGRAPHIE


SAPPEY. — Traité d'Anatomie descriptive.

TESTUT. — Traité d'Anatomie descriptive.

TILLAUX. — Le sac lacrymal. Anatomie topographique.

ROCHON-DUVIGNEAUD. — Recherches sur l'Anatomie et la pathologie des voies lacrymales chez l'adulte et le nouveau-né (*Archives d'Ophtalmologie*, 1900).

DE VERNKE. — Contribution à l'Anatomie du sac lacrymal et en particulier de ses glandes.

MATHIAS-DUVAL. — Traité de physiologie.

JANIN. — *Mémoires et observations anatomiques sur l'œil* (Lyon, 1872).

OSBORNE. — Leipzig, 1876.

CUNIER. — *Annales d'Ophtalmologie*, tome IV, 1841.

AUZIAS-TURENNE. — *Archives générales de Médecine*. Paris, 1853.

BÉRAUD. — *Archives générales de Médecine* (Paris, 1853).

BERLIN. — Recherches sur l'Anatomie pathologique des voies lacrymales (*Annales d'Oculistique*, 1869).

OLLIVIER. — Tumeurs et fistules lacrymales. Panas, Leçons sur les affections de l'appareil lacrymal. Paris, 1877.

MONOYER. — *Archives générales de médecine*, 1873.

DEL MONTE. — Lezioni diloculiste. Napoli, 1888.

KUHNT. — Communication à la Société d'Ophtalmologie de Heidelberg, 1891.

PANAS. — Traité des Maladies des yeux. Paris, 1894.

JOERSS. — *Archives d'Ophtalmologie*, 1899.

HERTEL. — *Revue générale d'Ophtalmologie*, 1899.

ROLLET. — Ectasie géante du sac lacrymal (*Annales d'Oculistique*, 1904).

RUTTEN. — Ectasie extraordinaire du sac lacrymal gauche (*Société Belge d'Ophtalmologie*, 1902).

ZELERKOWSKI. — Bactériologie de la dacryocystite congénitale (Saint-Pétersbourg).

FAGE. — Résultats de l'électrolyse dans le traitement des dacryocystites (*Annales d'Oculistique*, 1900).

LAGRANGE. — Des avantages et des inconvénients de l'électrolyse dans le traitement des affections des voies lacrymales (*Congrès international de Rome*, 1894).

BAUDOUIN DE CASTRES. — Nouveau procédé de traitement de la dacryocystite muqueuse ou purulente (*Annales d'Oculistique*, 1900).

SCHEFFELS. — Sur l'oblitération du sac lacrymal et son importance pour le praticien comparativement à l'extirpation du sac (*Annales d'Oculistique*, avril 1901).

VALUDE. — Sur l'extirpation du sac lacrymal (*Annales d'Oculistique*, 1902).

JOCQS. — Quelques mots sur l'extirpation du sac lacrymal (*Société d'Ophthalmologie de Paris*, 1906).

DE LAPERSONNE ET ROCHON-DUVIGNEAUD. — Traitement chirurgical des affections des voies lacrymales, (*Archives d'Ophtalmologie*, 1902).

TERRIEN. — Chirurgie de l'œil (Traité de chirurgie de Berger et Hartmann).

TERSON. — Chirurgie oculaire (pages 48 et 52).

BALKZEWSKI. — Contribution à l'étude de la dacryocystite et de son traitement (*Thèse de Paris*, 1880).

CRESTIEN. — De la dacryocystite chronique et de son traitement (*Thèse de Paris*, 1894).

LEVINÇON. — Étude clinique, bactériologique et critique sur les maladies des voies lacrymales produisant le larmoiement (*Thèse de Paris*, 1893).

ROLLET. — De l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites (*Lyon médical*, 2 mai 1897).

TRUC. — De l'extirpation du sac dans les dacryocystites (Nouveau *Montpellier médical*, 1898).

VADON. — De l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites (*Thèse de Lyon*, 1897).

DOUCET. — De la dacryocystite chronique. Son traitement dans les cas rebelles par la cautérisation ignée au thermocautère (*Thèse médicale*, 1891).

BRISSON. — Du larmoiement incoercible et de son traitement (*Thèse de Bordeaux*, 1904).

ROCHE. — La péricystite lacrymale (*Thèse de Paris*, 1902).

LAVIE. — Contribution à l'étude de la cure radicale des dacryocystites par l'extirpation totale du sac lacrymal (*Thèse de Bordeaux*, 1904-1905).

LEBLOND (ÉTIENNE). — De l'oblitération chirurgicale des voies lacrymales. Indication de la destruction et de l'extirpation du sac. Lille 1904-1905 (*Thèse médicale*).

FROMAGET. — Cure radicale des dacryocystites par « le complet lacrymal ».

BASCO (DE GENÈVE). — Extirpation du sac lacrymal, août 1904.

TSCHERNO-SCHWARTZ. — Suppression du flux lacrymal et modifications des glandes lacrymales après l'extirpation du sac (*Annales d'Ophtalmologie*, 1906).

SCHIRMER. — Sur la sécrétion et l'excrétion lacrymale après l'extirpation du sac (*Sociétés savantes*, 1902).

Libr. des Facultés A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le Prince, Paris.

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE